

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Janvier 1898, à 1 heure

PAR

Abel COUSTOLS

Né à Condé-sous-Escaut (Nord) le 30 juin 1871

Ancien externe des hôpitaux et des maternités de Tenon
et de l'Hôtel-Dieu

Médaille de bronze de l'Assistance publique

RÉTENTION DU PLACENTA

SANS COMPLICATIONS

APRÈS L'AVORTEMENT

ETUDE THERAPEUTIQUE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. GAUTIER, professeur.

VARNIER et CHASSEVANT, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Janvier 1898, à 1 heure

PAR

Abel COUSTOLS

Né à Condé-sous-Escaut (Nord) le 30 juin 1871

Ancien externe des hôpitaux et des maternités de Tenon
et de l'Hôtel-Dieu

Médaille de bronze de l'Assistance publique

RÉTENTION DU PLACENTA

SANS COMPLICATIONS

APRÈS L'AVORTEMENT

ETUDE THERAPEUTIQUE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. GAUTIER, professeur.

VARNIER et CHASSEVANT, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchement	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SOEUR

A MES MAITRES, DANS LES HOPITAUX

A MON MAÎTRE :

M. LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

Accoucheur de l'Hôtel-Dieu

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

En commençant à écrire cette thèse qui doit marquer le terme de nos études, nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à notre instruction médicale : d'abord nos parents, ensuite nos maîtres. Nos parents se sont imposés de grands sacrifices et nous ont toujours affectueusement fourni l'appui matériel et moral dont nous avons besoin.

Nos maîtres nous ont donné, par leurs enseignements, les quelques notions que nous avons acquises, ils nous ont admis libéralement dans leurs services hospitaliers, et nous ont appris à connaître le malade en même temps que la maladie.

Nous avons suivi, pendant notre première année, les services de M. Duguet, professeur agrégé, et de M. le professeur Raymond ; en seconde année, nous avons fréquenté le service de M. Reclus, professeur agrégé, et de M. Lejars, professeur agrégé chargé du cours de clinique chirurgicale à la Pitié. Au milieu des élèves qui suivaient ces maîtres, nous avons appris d'autant plus que nous ignorions tout.

Nos quatre années d'externat se sont passées chez MM. Roger, professeur agrégé, chargé du service d'érysipèle et du typhus exanthématique à l'Hôtel-Dieu (Annexe) ; Gougenheim, qui nous enseigna la laryngologie en même temps que la médecine générale, Landrieux, qui fut toujours plein de bienveillance pour nous et qui a contribué beaucoup à notre instruction médicale, en même temps qu'il nous apprenait à sa consultation de gynécologie si fréquentée, la pratique des maladies des femmes.

M. Peyrot, professeur agrégé et son assistant, M. Guinard, chirurgien des hôpitaux, nous ont appris à faire un diagnostic chirurgical et à discuter une intervention, nous leur en témoignons ici notre reconnaissance.

Une partie de notre quatrième année s'est passée dans les maternités de l'hôpital Tenon et de l'Hôtel-Dieu (annexe), où M. Champetier de Ribes nous a appris par ses conseils et par son exemple, les qualités que doit posséder l'accoucheur, C'est dans son service que nous avons recueilli les quelques observations inédites qui se trouvent dans cette thèse et que nous nous sommes assimilé bien des idées du maître qui nous a encore conseillé dans la rédaction de ce travail.

Nous tenons à remercier Mademoiselle Graillot, sage-femme en chef de l'Hôtel-Dieu, depuis plus de dix ans, elle est la collaboratrice de notre maître ;

souvent, elle nous a donné les conseils de sa longue expérience, elle l'a toujours fait avec tant de délicatesse et de tact, que notre gratitude en est plus vive.

Notre externat s'est terminé dans le service de M. le professeur Hutinel, qui nous a enseigné les maladies de l'enfance, leur prophylaxie et la thérapeutique qui lui a permis de rendre si faible la mortalité autrefois si considérable à l'hospice des Enfants-Assistés.

M. le professeur Pinard veut bien nous faire l'honneur de présider notre thèse ; nous le prions de croire à notre vive reconnaissance.



Division de la Thèse

Après avoir défini dans une courte préface le but de notre thèse, nous consacrerons quelques pages à un simple aperçu historique de la question ; puis nous étudierons dans quatre chapitres succesifs :

I. Les causes de la rétention du placenta après l'avortement, sa fréquence, sa durée, ses conséquences.

II. Les conditions dans lesquelles un avortement peut s'effectuer.

III. La conduite à tenir dans les cas où le délivre est retenu sans accident après l'avortement.

IV. Comment on doit intervenir.



Préface

L'avortement occupe une place importante parmi les nombreuses questions qui intéressent le médecin et l'accoucheur. La multiplicité de ses causes, la variété de ses aspects cliniques, les graves complications auxquelles il peut donner naissance, la thérapeutique à leur opposer ont été l'objet de nombreux travaux résumés avec beaucoup de clarté dans le Précis d'obstétrique de MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage (1).

Ces auteurs donnent les conclusions thérapeutiques suivantes à peu près universellement admises :

a) Prévenir l'avortement par un traitement hygiénique et thérapeutique, local ou général en rapport avec l'état de la femme.

b) Essayer d'arrêter l'avortement au début par le repos au lit, les lavements laudanisés, les injections sous-cutanées de morphine sans trop abuser des opia-

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage. Précis d'Obstétrique, 3^e édition, 1897.

cés souvent inefficaces et qui, comme le font remarquer MM. Pinard et Varnier, présentent des inconvénients.

c) Lorsque l'avortement est inévitable, attendre l'expulsion de l'œuf après avoir pris les précautions antiseptiques nécessaires.

d) Lorsque le fœtus est expulsé seul, le placenta étant retenu dans la cavité utérine, il faut intervenir s'il survient un accident, élévation de température ou hémorragie.

S'il y a rétention sans accident, les accoucheurs cessent d'être d'accord sur la conduite à tenir.

« Les uns s'appuyant sur l'observation qui montre que, dans nombre de cas, l'expulsion du placenta se fait spontanément, sans incident, conseillent d'attendre, les autres, hantés par la crainte des complications et forts de l'innocuité de l'intervention, conseillent de vider l'utérus. » (1).

Entre ces deux pratiques absolument opposées, nous avons cherché à laquelle il est rationnel de recourir : *tel est le but de notre thèse.*

Les interventionnistes et les abstentionnistes fournissent d'ailleurs des arguments et des observations probantes en faveur de leur opinion. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, cela prouve simplement que les

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage, page 855.

deux méthodes ont leurs indications suivant les cas.

Nous nous proposons de montrer qu'il ne faut pas être exclusif et que si dans certains cas l'intervention ou l'abstention semblent nettement indiquées, il en est d'autres où l'hésitation est permise et qu'alors ce sont des considérations pratiques qui interviennent pour dicter la détermination à prendre.

« Il ne peut y avoir en pareille matière de conduite unique, elle doit varier suivant les conditions dans lesquelles se trouve la femme, suivant les soins qui peuvent lui être donnés et, il faut bien le dire, suivant sa volonté. » (1).

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage, loc. cit. p. 856.



Aperçu historique

Nous n'entreprendrons pas de faire un historique complet de la question ; nous nous bornerons à indiquer les opinions des principaux accoucheurs aux différentes époques et nous insisterons surtout sur l'opinion des modernes et sur les modifications qu'ils ont apportées dans leur pratique depuis l'introduction de l'antisepsie dans l'art des accouchements : ce n'est, en effet, que dans les travaux parus depuis la période antiseptique que nous pourrions trouver des arguments valables pour arriver à des conclusions.

Les accidents consécutifs à la rétention du placenta étaient connus des anciens aussi intervenaient-ils rapidement et énergiquement.

Hippocrate (*De morbis mulierum*) à côté de pratiques bizarres indique déjà la délivrance artificielle.

Celse, Aétius, Paul d'Egine et leurs successeurs, durant des siècles, imitent sa conduite.

Ambroise Paré (*Œuvres 16^e siècle*) préconise des moyens un peu moins violents et n'a recours à l'intervention manuelle que s'il ne peut l'éviter, s'il

éprouve quelques difficultés, il temporise et a recours à l'injection dans la matrice de « choses glaireuses, aromatiques et émollientes » pour faciliter les efforts de la femme.

Guillemeau (*Euvres de Chirurgie 1599*) recommande la patience d'abord et si la rétention se prolonge, la douceur dans l'intervention.

Mauriceau (*Maladies des femmes grosses et accouchées, 17^e siècle*) décrit et emploie le premier l'expression de l'utérus désignée souvent aujourd'hui sous le nom de Méthode de Crédé.

Ruysch en 1725 ayant cru trouver au fond de l'utérus un muscle expulseur du placenta (*musculus constructor placentæ*) juge toute intervention inutile.

Puzos (*Traité des accouchements*) confiant dans les ressources de la nature temporise également.

La conduite de Smellie (1765) varie suivant les cas.

Levret n'a pas de règle fixe, quand il ne peut faire la délivrance, il en abandonne le soin à la nature, il conseille les injections d'eau tiède et à grand flot qu'il considère comme très utiles et condamne l'usage des médicaments internes (*Art des accouchements 1766*).

Baudelocque donne une large part à l'expectation dont M^{me} Lachapelle (1) et M^{me} Boivin sont les fermes partisans de même que le Professeur Moreau dont la conduite se résume en trois mots : « J'ai su attendre. »

(1) M^{me} Lachapelle. — Pratique des accouchements 1825.

C'est donc à partir d'Ambroise Paré que nous trouvons des partisans de l'expectation qui deviennent de plus en plus nombreux et convaincus. De cette époque date la division qui existe encore entre les contemporains. « En général les interventionnistes sont en majorité en Allemagne où les méthodes hardies semblent être en honneur, ils sont en balance en Angleterre et aux Etats-Unis, en France ils sont en minorité. » (2)

Pendant les années qui ont précédé la période antiseptique, l'intervention même tardive, même en cas d'accidents a été vivement combattue. Le professeur Pajot, Depaul, Bailly érigent en méthode l'expectation que le regretté professeur Tarnier a préconisée dès le début de son enseignement avec d'autant plus de raison que la fréquence des accidents infectieux était en raison directe de celle des interventions.

L'enseignement donné dans les écoles françaises était partout le même et la question semblait avoir reçu une solution définitive quand la découverte de l'antisepsie vint rouvrir les discussions.

Ce fut un argument à double effet qui servit aux interventionnistes à préconiser une intervention devenue sans danger alors que les abstentionnistes en faisaient une garantie pour l'expectation prolongée, puisqu'on était armé contre l'accident le plus redouté, l'infection.

(2) Gerbaud. — Thèse d'agrégation 1885,

C'est alors que MM. Tarnier et Budin (1) préconisèrent les injections intra-utérines abondantes et répétées et que MM. Pinard et Varnier (2) employèrent les irrigations continues avec des liquides antiseptiques.

Des succès nombreux furent enregistrés à l'actif de cette méthode, mais elle ne fut pas exempte de revers, et M. Tarnier, dans la thèse de Vibert (1891) et dans son livre sur l'Asepsie et l'Antisepsie en obstétrique (1894), conseille l'extraction du placenta quand après quelques jours les injections intra-utérines ne suffisent pas à enrayer l'infection.

A la même époque 1893 paraît la thèse de Brion, inspirée par M. Pinard, nous y trouvons conseillée une thérapeutique analogue.

Cette conduite fut adoptée par la plupart des accoucheurs au Congrès de la Société obstétricale de France en 1893.

Cependant en 1885 Doléris (3) préconisait l'intervention d'emblée par le curettage.

Depuis deux ou trois ans un certain nombre d'accoucheurs interviennent d'une manière plus rapide qu'ils ne faisaient auparavant.

(1) Tarnier et Budin. Traité d'accouchement.

(2) Pinard et Varnier. Trait. des infect. puerp. (Arch. de Gyn., déc. 85, janvier 86.

(3) Doléris. Conduite à tenir dans l'avort. Nouv. Arch. d'Obstétrique, 1886.

L'observation d'accidents qui, malgré une intervention précoce, n'ont pu être enrayés, la certitude que l'infection existe, bien que latente, certitude acquise en recherchant les causes de l'avortement et les conditions dans lesquelles il s'est effectué, l'application rigoureuse de l'antisepsie assurant l'innocuité de l'intervention, légitiment cette conduite.

C'est celle qui est conseillée par MM. Chaleix, Vivie et Audebert (1) dans un livre paru l'an dernier.

C'est celle que M. Maygrier (2) a préconisée récemment à la Société d'Obstétrique où il a déclaré qu'il « n'hésite pas à intervenir à l'hôpital en dehors de toute menace d'infection, aimant mieux agir trop tôt que trop tard. »

Nous avons vu dans plusieurs cas, dont nous rapportons plus loin les observations, notre maître, M. Champetier de Ribes, intervenir d'une manière tout à fait précoce ; il nous a déclaré qu'il était partisan de l'intervention et qu'il n'admettait l'expectation que si la malade s'opposait à la délivrance artificielle et si elle pouvait être surveillée.

« Jamais, nous a-t-il dit, on ne doit attendre, s'il y a la moindre menace d'infection, menace indiquée par l'examen des organes génitaux (odeur, écoulements) et plus peut-être par l'état général de la

(1) Chaleix, Vivie et Audebert. Traitement de l'avortement incomplet, Paris, 1896.

(2) Maygrier. Société obstétricale et gynécologique, 8 juillet 1897.

malade (élévation même très faible de la température sur les jours précédents, accélération du pouls, même peu accentuée).

Jamais, ainsi que cela arrivait autrefois, une malade ne doit quitter un service sans être délivrée. »

Dans une leçon magistrale inédite faite récemment à propos de 6 cas observés à la Clinique Baudelocque, et dont il a bien voulu nous confirmer verbalement les conclusions, M. le Professeur Pinard fixe une ligne de conduite très analogue (1).

« Intervenir même en l'absence de tout accident quand la malade ne peut être surveillée.

Intervenir quand la malade est surveillée et à l'abri des accidents lorsque sa situation ne lui permet pas de prolonger son séjour au lit : tel est le cas des malades peu aisées traitées habituellement dans les maternités des hôpitaux.

M. le Professeur Pinard juge inutile d'attendre plus de deux jours après l'expulsion du fœtus sans attacher aucune importance à cette limite.

Attendre si la malade peut être surveillée, si sa situation lui permet un repos assez prolongé et si elle se refuse à une intervention qui n'est pas urgente.

L'extraction du placenta ne doit être faite qu'avec le doigt après une dilatation suffisante.

M. le Professeur Pinard proscrit d'une manière absolue l'emploi de la curette. »

(1) P^r Pinard. Communication verbale.

CHAPITRE PREMIER

Causes de la Rétention du placenta après l'avortement. — Fréquence. — Durée. — Conséquences.

Lorsqu'on étudie le développement de l'œuf on comprend pourquoi la rétention du placenta est surtout fréquente du deuxième au cinquième mois et rare avant et après.

Le premier mois l'œuf adhère faiblement à l'utérus par la caduque sérotine peu différente de la caduque vraie et très peu résistante; la moindre excitation, une simple poussée congestive peuvent déterminer l'expulsion, en général inaperçue, de l'ovule. Les femmes ont des règles un peu plus abondantes après avoir eu un peu de retard.

Le deuxième mois les villosités ont envahi le chorion qui est placenta par toute sa surface, l'adhérence est assez considérable cependant les mêmes causes peuvent provoquer l'expulsion de l'œuf qui ne se fait que rarement à l'insu de la femme.

Au point de vue clinique celle-ci a remarqué l'absence de ses règles elle s'en réjouit ou s'en inquiète quand survient une hémorragie abondante accompagnée de douleurs plus ou moins intenses. L'œuf à peu près également résistant sur toute sa surface est généralement expulsé en bloc au milieu de caillots.

A partir du troisième mois le placenta est formé, bientôt les caduques vraies et réfléchies sont soudées la résistance de la paroi et surtout l'adhérence à l'utérus est maxima au niveau de l'insertion placentaire, beaucoup plus faible aux autres points ; voilà pourquoi on observe en général la rupture de l'œuf sous l'influence des contractions ; celle-ci se fait en un point de moindre résistance souvent au niveau de l'orifice interne du col.

L'embryon ou le fœtus peu volumineux sans consistance est facilement expulsé dès que le col s'est dilaté, quant au placenta, un certain nombre de causes vont se trouver réunies pour favoriser sa rétention.

D'une part, le plan de clivage indiquant dans la caduque la séparation entre la partie qui restera dans l'utérus et celle qui sera éliminée avec l'œuf n'existe pas encore et n'apparaîtra qu'au cinquième mois ; d'autre part, il y a disproportion entre le volume du placenta et celui du fœtus ; nous relevons en effet dans

la thèse d'agrégation de Gerbaud les chiffres suivants donnés par Hecker.

Au troisième mois poids moyen du fœtus 11 gr.
du placenta 36 grammes.

Au quatrième mois, poids moyen du fœtus 57 gr.
du placenta 80 grammes.

Au cinquième mois, poids moyen du fœtus 184 gr.
du placenta 178 grammes.

Dans les cas d'avortement gémellaire la disproportion est encore plus considérable et la rétention est la règle : sur 6 cas d'avortement gémellaire MM. Maygrier et Démelin (1) ont observé 6 cas de rétention.

A partir du cinquième mois le placenta est en général moins volumineux que le fœtus.

Dans tous les cas, en raison de sa consistance spongieuse, il se tasse au moment des contractions qui sont rendues ainsi moins efficaces. Une autre cause de leur inefficacité, c'est leur faiblesse : les fibres qui constituent le muscle utérin sont à peine développées et sont loin encore d'avoir atteint leur nombre maximum qui n'existe guère qu'après la vingt-sixième semaine de la grossesse. Enfin à cette époque le col a encore à peu près dans toute sa consistance, les modifications physiologiques dont il est le siège et qui lui enlèvent toute résistance ne surviennent qu'à partir du neuvième mois.

(1) Maygrier et Démelin. — Etude sur l'avortement gémellaire (Arch. de Tocologie, 1892).

Nous voyons donc que de nombreuses conditions se trouvent réunies pour entraver l'expulsion du délivre à une époque où l'œuf n'abandonne l'utérus que dans des circonstances anormales.

C'est ce que Mauriceau exprimait élégamment par la comparaison suivante.

« Il en arrive de même qu'aux fruits qui se détachent et qui tombent d'eux-mêmes de l'arbre quand ils sont mûrs et qui, au contraire, en sont difficilement séparés quand ils sont encore verts, c'est ce qui fait qu'une femme qui avorte est souvent bien plus difficilement délivrée que celle qui accouche à terme. »

A côté des causes que nous avons relatées ci-dessus, toutes purement physiologiques, un certain nombre de causes pathologiques viennent encore contribuer à la rétention.

Les lésions de la muqueuse utérine peuvent donner naissance à des adhérences anormales (1) très solides, même lorsque la femme accouche à terme. Nous en avons observé un exemple très net dans le service de notre maître à l'Hôtel-Dieu (Annexe).

(1) Albert. Des adhérences anormales du placenta. Thèse de Paris, 1878.

Observation 1

(Personnelle)

Femme de 32 ans, 3^e pare. Régée à 15 ans, elle a toujours souffert de *dysménorrhée membraneuse*.

Un premier accouchement a été suivi d'une délivrance naturelle mais pénible et accompagnée d'une hémorrhagie abondante.

Le deuxième accouchement a eu lieu à la Maternité de l'hôpital Tenon. M. Hermery, interne du service, dut pratiquer une délivrance artificielle très pénible, par suite d'hémorrhagie.

Quelques jours après, M. Champetier de Ribes dut curetter la malade qui avait des accidents d'infection.

Enceinte pour la troisième fois, elle vint demander à notre maître de la recevoir à l'Hôtel-Dieu (Annexe).

L'expulsion du fœtus, qui se présentait par le sommet, fut spontanée après 6 heures de travail.

Pendant une heure et demie la malade perdit assez abondamment malgré plusieurs injections intra-utérines chaudes. Deux tentatives de délivrance naturelle furent sans résultat.

Subitement l'hémorrhagie devint très abondante et nous avions à peine eu le temps d'aseptiser nos mains que déjà la femme était dans un état syncopal.

Ayant fait enlever le traversin du lit de manière à

mettre la tête basse, le siège étant placé sur un bassin, nous avons pratiqué la délivrance artificielle.

Le placenta un peu décollé à sa partie inférieure, juste assez pour permettre d'introduire la pulpe des doigts entre lui et la paroi utérine adhérait très solidement dans tout le reste de son étendue, le décollement fut très difficile, mais assez rapide, et l'hémorragie s'arrêta immédiatement.

500 grammes de sérum artificiel furent injectés de suite dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse. La malade fut réchauffée et but une certaine quantité de grog chaud.

Le suites furent apyrétiques et elle se remit très rapidement.

L'adhérence anormale du placenta peut s'observer encore lorsqu'il s'insère au niveau d'un corps fibreux. Les fibromes utérins peuvent d'ailleurs en traîner la rétention d'une autre manière en apportant un obstacle purement mécanique à la délivrance. Nous rapportons ci-dessous deux observations qui montrent l'influence des fibromes utérins sur la rétention.

Observation 2

(empruntée à la thèse de Vibert (1) obs. V, et résumée)

Femme ayant eu 5 grossesses à terme et 1 fausse-couche.

Dernières règles au mois de septembre 1889.

Du 2 au 6 octobre, hémorrhagie continuelle mais d'abondance variable.

Au commencement de janvier 1890, nouvelle hémorrhagie.

Le 15 janvier, hémorrhagie abondante.

Le 3 février, la malade entre à l'hôpital très anémiée, l'utérus remonte à l'ombilic, le col n'est pas modifié.

On met la malade au repos, on lui donne des injections vaginales au sublimé et des lavements laudanisés.

Le 6 février, hémorrhagie.

Le 12 février, un petit cordon apparaît à la vulve, le col est fermé dans toute sa longueur et ne paraît avoir aucune tendance à se dilater.

Le 13 février, à la suite de contractions utérines énergiques, la femme expulse un embryon de 180 gr.

Le placenta est retenu. Précautions antiseptiques.

Le 1^{er} mars, hémorrhagie.

Le 4 mars, hémorrhagie qui met la femme dans un état

(1) Vibert. Thèse de Paris. Contribution à l'étude du traitement de la rétention du placenta, 1891.

d'anémie tel qu'elle ne semble pas capable de résister à une nouvelle perte.

On introduit dans l'utérus un ballon dilatateur.

Le 6, le ballon est dans le vagin. M. le Dr Tissié, chef de clinique touche la femme, il trouve le placenta accessible mais adhérent à la paroi antérieure de l'utérus.

Le soir, petite hémorrhagie, dyspnée, pouls très faible.

Le 7, on enlève le placenta encore en partie dans le col; il présente une légère déchirure mais pas trace de putréfaction. Au niveau de son insertion existait dans l'utérus un fibrome.

Observation 3

(Empruntée à la thèse de Brion (1) obs. 25)

Ch..., 35 ans, passementière, réglée à 13 ans, 4 pare, 3 grossesses normales.

Cette femme qui a eu ses dernières règles le 26 avril 1891, a perdu du sang d'une manière continue mais en petite quantité depuis le commencement du mois de juin. Le 25, perte très abondante, accompagnée de douleurs abdominales et durant trois jours.

Le 28, ne souffrant plus, elle se lève; le soir elle a 3 frissons consécutifs, la température prise à ce moment est de 40°5.

Le lendemain 29 juin à midi. M. Potocki introduit dans l'utérus un ballon de Tarnier, à 7 h. 1/2 du soir il le retire

(1) Brion, thèse de Paris, Etude critique sur 530 cas d'avortement, 1892.

et fait une injection intra-utérine, puis essaye d'introduire le ballon de Champetier sans pouvoir y arriver.

Le 30 juin à 8 h. 1/2 du matin, il extrait une partie du placenta.

Le 1^{er} juillet à 8 h. du soir, la femme est prise de frissons puis de vomissements. ses lochies sont fétides, sa température est de 38°3.

Le 2 juillet à 2 heures du matin, on installe l'irrigation continue. À 6 heures du matin le pouls est filiforme, t. 40° et à midi elle meurt.

Autopsie. — On trouve un fibrome gros comme un œuf de poule faisant saillie dans l'utérus ayant empêché l'introduction du ballon et l'extraction du placenta décollé.

Aux causes précédentes on peut ajouter une cause de rétention d'origine médicale, très fréquente il y a quelques années; elle est devenue relativement rare aujourd'hui, grâce à l'énergie avec laquelle elle a été combattue: nous voulons parler de l'administration intempestive du sergle ergoté.

Le moment de la délivrance après l'avortement est assez variable et, malgré les nombreuses causes de rétention qui existent, celle-ci n'est pas aussi fréquente qu'on pourrait le supposer.

En consultant la statistique de M. le professeur Pinard rapportée dans la thèse de Brion (1) nous

(1) Brion, loc. cit.

voyons que, sur 400 avortements où le moment de la délivrance a été noté, dans :

120 cas,	elle est survenue au bout de 15 minutes
81 cas,	— de 15 à 30 —
78 cas,	— de 30 min. à 1 heure
83 cas,	— de 1 h. à 4 heures

Il compte comme délivrances tardives :

26 cas,	la délivrance s'est effectuée dans les 24 heures
7 cas,	— — 48 —
2 cas,	— — 72 —

Dans 3 cas, la délivrance est survenue au bout de 3, 4 et 7 jours.

Dans 4 cas, les femmes quittèrent le service sans avoir expulsé le délivre au bout de 8 à 13 jours et sans qu'aucune réaction fébrile vint commander une intervention.

Admettons la même limite que Brion pour considérer une délivrance comme tardive, tout en reconnaissant cette limite comme tout à fait conventionnelle et nous voyons que sur 400 cas d'avortements dans 42 cas la délivrance a été tardive, soit 1 cas sur 10.

La rétention du délivre peut être très prolongée nous en avons trouvé un certain nombre de cas dans la thèse de Goret (2).

(2) -Goret, Rétention prolongée de l'arrière faix après l'avortement, thèse de Paris, 1893.

Sans insister sur le cas d'Hippocrate dans lequel une femme n'aurait été délivrée d'un premier accouchement qu'à la suite d'un second ni sur ceux de Paul d'Egine, Morgagni, Van Swieten dont l'authenticité est contestable, nous citerons ceux de Depaul 21 jours, Cazeaux 24 jours, Mauriceau 30 jours, Ghalot 60 jours, Chantreuil 65 jours, Duguet 5 mois. M^{me} Lachapelle et M^{me} Boivin auraient vu des retentions ayant duré 3 ans et Goret rapporte une retention ayant duré 6 ans !

Nous ne tiendrons qu'un compte très relatif de ces faits signalés en raison même de leur caractère exceptionnel ; la seule conclusion qu'il semble permis de tirer de ceux qui ont été le mieux observés est la suivante : Lorsqu'une femme a fait un avortement spontané en général et n'a été soumise ensuite à aucune manœuvre le placenta peut-être retenu un temps plus ou moins long sans accident.

Mais, en nous reportant aux observations de quelques-uns des cas signalés ci-dessus, nous avons trouvé plusieurs fois que pendant la période de retention des hémorragies plus ou moins nombreuses et abondantes avaient été notées. Notre observation II fournit un exemple de retention ayant duré 22 jours et ayant provoqué des pertes successives qui ont mis la malade dans un tel état d'anémie que l'on a dû intervenir.

Dans certains cas l'hémorragie ne survient que très longtemps après l'avortement au moment où le

placenta commence à se décoller. Le professeur Tarnier rapportait dans une clinique faite le 11 mars 1890 le fait suivant :

Observation 4

Rétention du placenta ayant duré 58 jours après l'avortement. Délivrance naturelle après une hémorragie qui persista pendant 7 jours. Traitement par les injections intra utérines au permanganate de potasse. Guérison.

Femme âgée de 17 ans ayant eu ses dernières règles le 28 juillet 1889.

Le 15 décembre elle commence à perdre un peu. Le 29 elle entre à la clinique et expulse le 1 janvier 1890 un fœtus de 450 grammes. Le placenta est retenu. Le traitement suivant est institué.

Injections intra-utérines toutes les 3 heures avec une solution de permanganate de potasse ; un pansement iodoformé est maintenu sur la vulve. La température oscille les jours suivants entre 37°4 et 37°6.

Etat stationnaire jusqu'au 4 février 1890 ce jour là, la malade perd un liquide brunâtre à partir de ce moment les injections sortent tantôt claires tantôt teintées.

Le 21 février la malade veut quitter l'hôpital, rentrée chez elle, elle a le soir même une abondante hémorragie.

Elle perd ensuite un peu jusqu'au 27 février ; à ce moment une nouvelle hémorragie l'oblige à rentrer à l'hôpital et le soir même elle expulse son placenta.

Le professeur Tarnier ajoute ; « Il y avait 58 jours de rétention. Le placenta n'était nullement altéré simplement décoloré blanc jaunâtre. L'aspect général était à s'y méprendre celui d'une cervelle de mouton il n'avait pas la moindre odeur. »

L'influence du décollement partiel du placenta sur la production de l'hémorragie est connue depuis longtemps et se trouve expliquée dans tous les traités ; aussi jugeons-nous inutile de reproduire cette explication mais nous tenons à rapporter l'observation suivante qui montre bien l'aspect clinique de cet accident de la rétention.

Observation 5

(Empruntée à la thèse de Lucas (1))

D..., 26 ans domestique, entre à Lariboisière le 11 juin 1895.

Habituellement bien portante, elle a eu deux enfants à

(1) Charles Lucas. Contribution à l'étude du traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet. Thèse de Paris, 1895.

terme et a fait, il y a 4 ans, une fausse-couche de 2 mois $1/2$.

Elle a eu ses dernières règles du 1^{er} au 4 mars 1895.

Le 22 mai, elle a eu une perte qui a duré jusqu'au 5 juin ; à ce moment s'est produite une hémorragie abondante suivie d'un suintement sanguin qui a persisté jusqu'au 10 juin.

Ce jour-là l'hémorragie fut si considérable qu'un médecin fut appelé et envoya la malade à l'hôpital où elle entra perdant beaucoup.

Examen à l'entrée : Le col est largement ouvert, on sent un placenta décollé, on donne deux injections intra-utérines chaudes à la malade et on la réchauffe. L'hémorragie se suspend une demi-heure puis recommence.

On pratique la délivrance artificielle digitale, on retire le placenta qui adhère fortement au fond de l'utérus et des débris de caduque épaissie.

Le placenta pèse 50 grammes et n'est pas putréfié.

Injection intra-utérine et tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée. Guérison.

Dans quelques cas, le placenta se décolle plus ou moins complètement, mais reste dans l'utérus sans qu'une hémorragie notable vienne commander une intervention immédiate, mais alors sa vitalité nulle ou amoindrie en fait un excellent terrain de culture à la température du corps et l'infection s'y développe avec une extrême facilité, il en est de même dans les cas de rétention placentaire après expulsion d'un fœtus macéré.

Nous empruntons encore à la thèse de Lucas les deux observations suivantes dans lesquelles l'infection du placenta semble bien avoir été favorisée par son décollement.

L'intervention précoce a permis d'enrayer rapidement les accidents dès leur début.

Observation 6

(Empruntée à la thèse de Lucas) (1)

M... Marie, 34 ans, cartonnrière, jouissant d'une bonne santé habituelle, a été réglée à 14 ans et a eu deux accouchements à terme.

Le 20 janvier 1895, elle a fait chez elle, à 11 heures du matin, une fausse-couché de 5 mois 1/2.

Elle est amenée le soir à Lariboisière, elle ne perd pas et n'a pas de température.

Le placenta est en partie engagé dans le col, il ne dépasse pas l'orifice externe.

On lui donne des injections vaginales et on attend.

Le 21, même état, même traitement.

Le 22, même état, mais le col se referme.

Le soir, M. Jorand, interne, pratique le toucher et ramène le doigt couvert d'un liquide sanguinolent ayant une légère odeur.

(1) Lucas. Loc. cit.

A 10 heures du soir, la femme a un grand frisson.
T. 39°1.

A 11 heures, on extrait avec la main, sous le chloroforme, un placenta fétide pesant 150 grammes.

Curettage, écouvillonnage à la glycérine créosotée, tamponnement intra-utérin.

Le 23 au matin, T. 37°4 ; au soir, T. 37°8.

Le 7^e jour la femme sort guérie.

Observation 7

(Empruntée à la thèse de Lucas)

Primipare ayant eu ses dernières règles au mois d'août 1894 ?

Le 7 janvier 1895, elle commence à ressentir des douleurs et le 9, à 11 heures du matin, elle expulse chez elle un fœtus.

Elle entre le même jour à Lariboisière ; examinée à son arrivée, on constate que le placenta est dans le col. Sa température est normale, elle a très peu perdu.

On lui donne des injections vaginales et on attend. Le 10 et le 11 même état.

Le 12, en la touchant, on constate que le doigt sent un peu et à 2 heures du soir elle a un grand frisson T 40°4.

M. Jorand interne du service pratique l'extraction manuelle du placenta qui dégage une odeur infecte.

Irrigation intra-utérine abondante, curettage, écouvil-

lounage à la glycérine créosotée et tamponnement utéro-vaginal.

Le soir T 37°8.

Le 13 janvier 1895 la malade est pâle et fatigué, le matin on enlève le tamponnement T 37°7, le soir on donne une injection intra-utérine T 37°8. Le 14 l'état général est bon le matin T 37°6, le soir T 39°8. Le 15 au matin frisson de 20 minutes T 40°4, le soir T 37°8. Pendant quelques jours la température oscille autour de 38 puis revient à la normale.

Outre ses conséquences immédiates l'avortement surtout suivi de délivrance tardive et plus ou moins complète présente des suites éloignées qui échappent à l'observation des accoucheurs mais que l'on est appelé à constater chaque jour dans la pratique de la gynécologie.

En étudiant l'histoire des malades atteintes d'affections utérines, comme nous avons eu l'occasion de le faire dans le service de notre maître M. le Docteur Landrieux, on trouve très souvent comme point de départ un avortement plus ou moins compliqué.

Le professeur Jacobs (1) de Bruxelles dit que dans 5 ou 600 cas sur 1000 on doit incriminer l'avortement et la rétention : « Retenue dans l'utérus après l'avortement la caduque subit des phénomènes de regression ou est éliminée par lambeaux avec les

(1) Jacobs. — A propos de l'avortement. La Polyclinique décembre 1895.

lochies expulsion qui peut se faire sans incident. Mais on voit le plus souvent cette rétention devenir le point de départ d'hémorragies très inquiétantes et de septicémie ; elle entrave l'involution normale et amène l'inflammation de l'endométrium, les déviations etc. »

En résumé :

La rétention du placenta après l'avortement s'observe surtout du 2^e au 5^e mois.

Elle est la règle dans les avortements gémellaires.

La dysménorrhée membraneuse, les affections de la muqueuse utérine y prédisposent.

La présence de fibromes dans l'utérus peut y contribuer.

Elle peut durer exceptionnellement un temps très long sans provoquer d'accident.

Lorsque la femme n'est soumise à aucune cause d'infection elle est exposée à des hémorragies répétées.

Ces hémorragies se produisent surtout quand le placenta est décollé en partie.

Ce décollement partiel, accompagné souvent d'un état d'anémie aigüe favorise l'infection en lui donnant une porte d'entrée dans un excellent milieu de culture et sur un terrain dont la résistance est amoindrie.

L'infection peut éclater brusquement, en général le 3^e jour.

L'intervention pratiquée dès le début des accidents ne suffit pas toujours à enrayer immédiatement l'infection.

La rétention du délivre sans accident immédiat laisse la matrice volumineuse et ramollie par suite du retard qu'elle apporte à l'involution.

C'est une cause très fréquente de métrites chroniques et de déviations utérines.



CHAPITRE II

Conditions dans lesquelles un avortement peut s'effectuer

Si l'étude des causes et des conséquences de la rétention du placenta peuvent fournir à l'accoucheur des indications sur la conduite à tenir, la recherche des conditions dans lesquelles l'avortement s'est effectué contribue pour une part au moins aussi importante à le décider pour l'intervention ou l'abstention.

Un avortement peut être spontané ou provoqué.

Il peut-être spontané lorsque la mère, ou le père présentent une affection générale souvent incompatible avec le développement normal de l'œuf : syphilis, tuberculose, albuminurie, cardiopathie, diabète, surmenage, lorsque l'un des géniteurs est intoxiqué, lorsque la mère a un passé utérin, lorsque chez elle l'avortement est habituel sans que l'on sache bien exactement pour-

quoi. Ces causes ne produisent évidemment pas d'une manière fatale l'interruption de la grossesse mais elles constituent de fortes présomptions en faveur de la spontanéité de la fausse couche ; l'interrogatoire bien conduit, certaines circonstances comme la mort du fœtus constatée grâce à des examens antérieurs peuvent transformer ces présomptions en certitudes.

Quoi qu'il en soit, le fœtus a été expulsé spontanément selon toute probabilité, le placenta est retenu. Deux cas vont alors se présenter :

Ou bien la femme n'a recours à aucune assistance et alors en général elle se délivre plus ou moins vite après avoir perdu plus ou moins de sang, mais elle ne s'infecte pas.

Dans la thèse du Docteur Challier (1) on trouve relatée l'observation d'une rétention ayant duré dix mois chez une jeune fille de 25 ans soignée pour anémie due à des règles abondantes irrégulières et fréquentes. Ces pertes cessèrent après l'expulsion spontanée d'un placenta : La jeune fille avoua alors avoir fait dix mois auparavant, d'une manière furtive, une fausse couche de 6 mois environ.

Ces faits s'observeraient surtout à la campagne où les malades redoutent beaucoup l'examen et ne se décident à s'y soumettre que si une complication grave les y oblige : complication résultant de l'état de malpropreté dans lequel elles vivent trop souvent.

(1) Challier. Thèse de Paris 1866.

Ou bien une sage femme, un médecin sont appelés et pratiquent le toucher, tentent même quelquefois la délivrance.

Si leur intervention est propre, et c'est la règle aujourd'hui, il n'en résulte aucune conséquence fâcheuse pour la femme elle peut au contraire lui être favorable.

Si les précautions prises ont été insuffisantes, l'infection peut se produire plus ou moins vite suivant que le placenta est complètement adhérent, plus ou moins décollé ou que le fœtus était macéré. Trop souvent alors on attend que la septicémie soit confirmée pour envoyer à l'hôpital des malheureuses qui subissent là une intervention trop tardive pour être efficace. Dans des circonstances plus favorables les malades sont dirigées immédiatement sur l'hôpital, à leur arrivée elles sont sans fièvre, elles ne perdent pas, on prend des précautions antiseptiques, on leur donne des injections intra-utérines et pendant deux ou trois jours leur état reste stationnaire et elles ne se délivrent pas, puis des accidents surviennent et obligent à intervenir comme on a pu le voir dans nos observations 6 et 7.

Nous en rapportons encore un exemple :

Observation 8

(Inédite)

Recueillie à la Maternité de l'Hôtel Dieu (annexe), année 1897
N° 1135 du registre

*Avortement gémellaire de 4 mois 1/2 fait en ville
Curage et curettage. Guérison*

B., 22 ans, fille de salle, sans antécédents, a été réglée à 12 ans 1/2 irrégulièrement, a eu une grossesse à terme et un avortement de 3 mois.

Elle a eu ses dernières règles du 12 au 15 juin 1897.

Le 27 octobre, étant enceinte de 4 mois, elle a expulsé à 6 heures du soir deux fœtus pesant 200 et 220 gr.

Un médecin appelé, lui conseilla' après l'avoir examinée d'aller à l'hôpital ; elle s'y fait conduire le lendemain 28, à 11 heures du matin.

A son arrivée, elle n'a pas de température et ne perd pas.

Le 28, au soir, T. 37°5, la malade est un peu agitée. A 11 heures du soir, M. Funck Brentano, interne du service, l'examine et lui met un petit ballon de Champetier dans l'utérus pour activer la délivrance.

Le 29, à 7 heures du matin, frisson. T. 40°4 ; pouls 150.

A 10 heures, M. Champetier de Ribes retire le ballon, fait le curage avec le doigt, puis le curettage avec sa petite curette. Ecouvillonnage à la teinture d'iode. Injection intra-utérine et tamponnement utéro-vaginal.

Le 29, au soir, T. 39° ; pouls 120.

Le 30, au matin, T. 37° 8 ; pouls 100 ; on renouvelle le pansement.

Le soir, la température revient définitivement à 37°. Pendant 2 jours on donne matin et soir des injections intra-utérines, puis des injections vaginales.

Lorsque l'avortement a été provoqué par des manœuvres, si le placenta est retenu sans accident au moment où la femme vient demander des soins, on peut la considérer comme infectée, car elle l'est dans la grande majorité des cas.

Le plus souvent en effet les manœuvres sont pratiquées par des matrones qui n'ont que de vagues notions d'obstétrique et des notions de propreté plus vagues encore : on peut s'en convaincre en lisant les thèses de Lemoine (1) et de Belin (2). La ponction des membranes et surtout l'injection de quelques centimètres cubes d'un liquide de nature très variable, faites sans aucune précaution préalable sont les moyens les plus fréquemment employés.

La difficulté, pour le médecin, consiste à reconnaître qu'il se trouve en présence d'un cas d'avortement criminel et parfois il est obligé de rester dans le doute ;

(1) Marcel Lemoine. — De l'avortement criminel, Thèse de Paris 1896.

(2) Belin. — De la mort subite par inhibition dans l'avortement criminel, Thèse de Paris, 1897.

cependant l'interrogatoire et l'examen peuvent lui fournir sur ce point des indications assez concluantes et souvent changer ses doutes en certitude.

En agissant avec délicatesse, sans jamais aller droit au but, on peut gagner la confiance de la malade surtout si elle est assez intelligente et après lui avoir fait comprendre qu'il est de son intérêt de dire la vérité, que cela peut avoir une grande importance au point de vue des soins qu'elle doit recevoir, que du reste le secret médical la garantit de toute indiscretion on obtient souvent des aveux.

Du reste, lorsque chez une femme jeune encore sans antécédents pathologiques, et vivant dans une situation plus ou moins irrégulière, un avortement s'est produit, lorsque d'autre part les renseignements recueillis sur le père sont négatifs, au point de vue syphilis surtout, il est logique de penser que l'avortement est provoqué ; quand tout est sain la grossesse ne s'interrompt que d'une seule manière : *artificiellement*.

Le plus souvent, la femme fait appel à des causes plus ou moins bizarres qui équivalent presque à un aveu. L'une nous a raconté que sa fausse couche s'était produite à la suite d'un voyage au Havre dans un train de plaisir où l'on était très serré ; d'autres, l'ont attribué à une chute (les chutes sont fréquentes chez la femme) faite quelques jours auparavant ; du reste on ne constatait nulle part la présence

de contusions ou d'ecchymoses sauf dans quelques cas au niveau du col de l'utérus où le toucher et surtout l'examen au spéculum révélaient la présence d'érosions assez caractéristiques pour enlever toute hésitation ; parfois on observe sur le fœtus des traumatismes qui ne laissent pas de doute, il est bien rare à l'hôpital que celui-ci persiste, alors même que la femme se renferme dans un silence absolu mais significatif, ce qui est exceptionnel.

Nous allons rapporter quelques observations d'avortement dont nous avons été témoin à la Maternité de l'Hôtel Dieu (annexe).

Observation 9

(Inédite)

(Numéro 1151 du registre. Année 1897)

N..., 33 ans, domestique, a eu trois accouchements à terme et normaux.

Le 2 novembre au matin elle se présenta à la Maternité de l'Hôtel Dieu demandant son admission.

Elle ne se croit pas enceinte, elle ne se souvient pas de l'époque de ses dernières règles, elle vient consulter parce qu'elle a fait quelques jours auparavant une *chûte* ? dans des conditions qu'elle ne peut *préciser* !

Au toucher on trouve le col entr'ouvert, un embryon

s'y engage. L'utérus est gros comme un utérus de deux mois. Température 38°5.

M. Champetier de Ribes fait raser immédiatement et nettoyer la malade dilate avec les bougies de Hegar fait le curage avec le doigt, curettage écouvillonnage à la teinture d'iode et tamponnement utéro-vaginal avec de la gaze iodo-formée. Le soir, temp. 38°.

Le lendemain temp. 37, on renouvelle le pansement les jours suivants, pas de fièvre, injection vaginale.

Remarque. — Le jour même du curettage la malade à qui du champagne avait été prescrit raconta, un peu excitée, à une voisine indiscreète qu'elle avait déjà 3 enfants et s'était fait décrocher ? le quatrième.

Observation 10

(Inédite)

(N° 1102 du registre. Année 1897).

D..., 23 ans, lingère, primipare, amenée à l'Hôtel-Dieu (annexe), le 18 octobre, à 2 heures du matin.

Dernières règles du 20 au 23 mai.

La malade ne veut donner aucun renseignement, elle souffre depuis onze heures du soir et n'a pas perdu de sang.

Le col est long entr'ouvert, il présente des érosions

sensibles au toucher et visibles au spéculum, les membranes sont rompues, on sent un pied à l'orifice.

Le matin à 10 heures, M. Champetier de Ribes constatant que l'avortement est inévitable, propose de lui mettre un petit ballon dans le col.

La malade refuse, mais à 4 heures de l'après-midi, elle demande qu'on active le travail, elle souffre beaucoup et désespère d'être délivrée.

On lui met un petit ballon de Champetier dans le col. Il est expulsé le lendemain 19 à 9 heures du matin et à 1 heure de l'après-midi, le fœtus se dégage. Le placenta est retenu.

Le 20 octobre à 11 heures du matin, M. Champetier de Ribes fait sous le chloroforme un curage manuel, puis un curettage, etc.

La malade guérit sans avoir jamais eu de température.

Observation 11

(Inédite)

(N° 1103 du registre. Année 1897).

Femme âgée de 20 ans, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 18 octobre 1897, à 9 heures 30 du soir.

Dernières règles du 16 au 20 juin.

Le col n'est pas effacé, la malade raconte qu'elle a perdu de l'eau et du sang. On lui donne un lavement laudanisé.

Le lendemain soir, à 7 heures 1/2, elle expulse un fœtus

décapité du sexe masculin ; la tête reste dans l'utérus, l'abdomen est perforé, une anse intestinale fait hernie à travers l'orifice.

Le 20 à 8 heures du matin, la température est de 37°9. M. Faucon, notre ami, remplaçant l'interne du service, met un petit ballon de Champetier qui est expulsé à 9 heures 1/2.

M. Champetier extrait avec les doigts le placenta, puis la tête. Curage, curettage, etc.

Guérison rapide sans température.

Observation 12

(Inédite)

P., 23 ans habituellement bien portante. Réglée à 12 ans, régulièrement, a eu un accouchement normal.

Dernières règles du 15 au 20 août 1897.

Le 18 septembre ayant un retard de trois jours elle prend sur le conseil d'une amie qui, dit-elle, aurait eu plusieurs fois recours à cette pratique, une injection intra-utérine, elle prétend s'être livrée seule à cette manœuvre assez délicate car son col est situé très haut en arrière, elle en donne la technique d'une manière très nette.

Elle ressent une douleur immédiate qui se calme peu à peu.

Aucun incident jusqu'au 3 octobre, ce jour là elle commence à perdre.

Les pertes continuent et le 9 elle entre très anémiée et

assez effrayée à la maternité de l'Hôtel Dieu (annexe) et raconte spontanément son histoire.

Le col est entr'ouvert, le corps utérin petit; on donne des injections vaginales et on attend.

La température oscille régulièrement entre 37 et 38° jusqu'au 12 octobre, le pouls est à 120.

On se décide à curetter. Immédiatement après le curetage frisson T 40°4.

La température descend progressivement à 37° en 3 jours et reste normale. La marche du pouls a été parallèle. La malade sort guérie.

Observation 13

(Inédite)

W..., 39 ans domestique.

Réglée à 21 ans irrégulièrement.

Un accouchement spontané à terme.

Dernières règles 4 au 12 mai.

A eu depuis des rapports une seule fois le 23 mai.

Le 6 août 1897 elle entre à la maternité de l'Hôtel-Dieu (annexe) souffrant dans le ventre, elle n'a pas de température.

Dix jours auparavant, elle s'est donné, dit-elle, une injection intra-utérine à la suite de laquelle elle a éprouvé un malaise général, des frissons et elle a perdu abondamment.

Au toucher, on trouve le col entr'ouvert, le contenu de l'utérus est très fétide.

On pratique immédiatement le curage, curettage, etc. Le soir la malade a un frisson, T 41°5.

Le lendemain matin la température est normale, on change le pansement une fois puis on se borne à donner des injections vaginales. Guérison.

Observation 14

(Inédite)

L... Marie, 22 ans, infirmière a été réglée à 13 ans régulièrement. Elle a eu un accouchement à terme. Dernières règles du 5 au 10 février 1897.

Le 26 mai à 1 h. 1/2 du soir elle entre à la maternité de l'Hôtel-Dieu (annexe) ; la nuit précédente pendant son service elle a été prise d'une hémorrhagie abondante qui s'est arrêtée à la suite d'une injection chaude. A 11 heures du matin elle a recommencé à perdre, c'est ce qui l'a décidée à venir demander un lit.

A son entrée, elle ne perd plus; T. 37; le col est entr'ouvert et perméable, le doigt arrive sur des membranes. On se borne à donner des injections vaginales.

Le 29 au soir, elle expulse un placenta sans odeur, cette expulsion est accompagnée de quelques coliques sans hémorrhagie notable.

Nous pouvons résumer en quelques lignes les notions que nous venons d'exposer dans ce chapitre.

Les conditions dans lesquelles l'avortement s'est produit contribuent à déterminer la conduite de l'accoucheur lorsque le placenta est retenu sans accident.

L'avortement peut être spontané ou provoqué.

Sa spontanéité peut être admise quand le père et surtout la mère présentent certaines affections qui entravent habituellement le cours de la grossesse et qu'aucune autre cause n'est intervenue.

Lorsque le placenta est retenu on peut admettre que la femme n'est pas infectée si à aucun moment elle n'a été touchée, par des personnes malpropres et si elle ne présente aucune infection des organes génitaux.

Elle doit être considérée comme infectée :

Si elle a été touchée par des personnes inconnues ou d'une propreté douteuse.

Si l'avortement a été provoqué criminellement.

Le diagnostic d'avortement criminel résulte :

De l'aveu de la femme.

De l'interrogatoire qu'on lui fait subir.

De l'examen des parties génitales et surtout du col de l'utérus.

De l'examen du fœtus quand cela est possible.



CHAPITRE III

Conduite à tenir lorsque le placenta est retenu sans complications après l'avortement.

« Tant que la femme n'est pas délivrée, disait Gueniot, elle n'est pas accouchée (1). » Il montrait ainsi quelle importance devait être attachée à l'expulsion du délivre ; cette importance, au moins aussi considérable après l'avortement qu'après l'accouchement, était connue dès les temps les plus reculés et nous avons dit dans notre aperçu historique qu'Hippocrate pratiquait par tous les moyens la délivrance immédiate.

L'observation qui apprit que la délivrance pouvait être spontanée bien que tardive, et surtout la peur de provoquer des accidents, avaient rendu les accoucheurs plus partisans de l'expectative.

Aujourd'hui, la délivrance artificielle pratiquée

(1) Gueniot. De la délivrance dans l'avortement. Bulletin Thérap. T. 78.

comme nous le dirons dans le chapitre suivant est une intervention bien réglée sans danger aucun pour la malade et comme aucun accident ne précipite les préparatifs dans le cas où nous nous plaçons, on peut prendre toutes les précautions d'une rigoureuse antiseptie, aussi semblerait-il a priori qu'on devrait reprendre la ligne de conduite usitée autrefois et délivrer immédiatement.

Cette pratique présente de nombreux avantages pour la malade comme pour l'accoucheur.

Seule elle peut donner la certitude que la délivrance est complète, ce qui est douteux en général dans la délivrance spontanée qui suit l'avortement.

La statistique de M. le Pr Pinard, citée dans la thèse de Brion donne, nous l'avons vu, 1 cas de rétention sur 10 avortements, mais il n'est naturellement pas parlé des cas dont on ne peut tenir compte où des lambeaux de caduque ont été retenus et ont pu dans la suite amener des accidents ; or, bien que nous n'ayons pu en recueillir d'observation bien nette n'ayant pu suivre assez longtemps les malades, nous nous ne croyons pas illégitime d'admettre que bien des femmes qui sortent des Maternités, en apparence guéries, pourraient être retrouvées quelques mois plus tard dans les services de médecine ou de chirurgie, où elles sont amenées par des pertes continuelles ou des lésions utérines. Trop souvent, faute d'une intervention précoce, des inflammations utérines, péri uté-

rines et annexielles se développent chez ces malades, inflammations favorisées par leurs antécédents puerpéraux et entraînant avec des douleurs locales ces troubles généraux connus depuis longtemps et réunis sous le nom de syndrome utérin (1).

La délivrance précoce permet encore de laisser la femme sans surveillance continuelle puisque les accidents sont prévenus.

Elle rend inutiles pour la pratique des recherches délicates et parfois impossibles sur les antécédents de la femme, l'étiologie et le mécanisme de l'avortement. Qu'importe de savoir si la malade a eu des délivrances pénibles à des grossesses antérieures, si elle souffre de métrite ou de dysmenorrhée membraneuse, si son utérus est fibromateux, qu'importe si son avortement est de moins de cinq mois, c'est-à-dire si on peut penser à une longue rétention possible.

Qu'importe si elle a été soumise à des examens douteux ou à des manœuvres malpropres, c'est-à-dire si l'infection est à craindre, cela n'intéressera pas plus que le moment où l'avortement s'est effectué, le moment où la malade a été infectée et celui où l'infection se manifestera puisque la délivrance pratiquée sur le champ supprime, dans la grande majorité des cas, toute crainte de complications et constitue, d'ailleurs, le seul traitement qui pourrait leur être opposé si elles se produisaient exceptionnellement.

(1) Pozzi. Traité de gynécologie, 3^e édition, 1897.

Au point de vue théorique, l'intervention précoce présente donc de grands avantages, mais au point de vue pratique, elle soulève un certain nombre d'objections :

Elle est loin d'être toujours indispensable puisque la délivrance, bien que tardive, est le plus habituellement spontanée.

Elle est douloureuse, il est vrai que la délivrance naturelle l'est assez souvent.

Si la malade est pusillanime, il faut recourir à la chloroformisation qui nécessite un aide expérimenté.

Même dans les cas de nécessité, en présence d'accidents confirmés, on se heurte à la résistance des malades qui sera encore plus considérable quand on voudra intervenir par crainte d'accidents éventuels.

L'observation des faits prouve, d'autre part, que l'hémorragie possible est rarement assez abondante pour mettre d'une manière rapide les jours de la malade en danger, nous n'en avons pas trouvé de cas dans les recherches que nous avons faites, nous avons trouvé des observations de femmes amenées exsangues à l'hôpital et succombant rapidement avant qu'on ait osé intervenir, mais ces observations datent d'une époque où l'on n'était pas encore armé contre l'anémie aiguë grâce à l'emploi des injections de sérum artificiel et, du reste, les malades dont il est question avaient avorté plusieurs jours auparavant et

perdaient plus ou moins depuis l'expulsion du fœtus.

En général, voici comment les choses se passent. La malade a expulsé son fœtus depuis un temps variable, elle perd plus ou moins abondamment, puis l'hémorrhagie se réduit à un simple suintement ou s'arrête pendant quelques heures, un jour ou plus, puis elle reprend jusqu'à ce que le placenta soit éliminé naturellement ou artificiellement comme on peut le constater en se reportant à nos observations 2, 5, 14 et à ce cas que nous avons cité d'après le Docteur Challier, où il est question d'une jeune fille de 25 ans qui, ayant fait en cachette une fausse couche de 6 mois, garda pendant dix mois son placenta ; très anémiée par des pertes continuelles ; sa vie ne fut cependant jamais en danger.

Ajoutons que l'hémorrhagie est un accident assez rare, puisque Brion n'en rapporte que 4 cas sur 28 cas d'avortements compliqués ; par conséquent, la crainte de l'hémorrhagie ne peut être considérée comme une indication formelle puisque, si elle se produit, l'intervention ne devra pas nécessairement être immédiate et qu'on est certain, d'autre part, de faire cesser de suite l'écoulement sanguin en intervenant.

Il est bien évident que si la femme a perdu avant et pendant l'avortement, au point d'être si anémiée, qu'une nouvelle perte pourrait compromettre son existence il faudra intervenir, il n'y a plus guère de discussion à ce sujet et même il faudra, en prenant

toutes précautions pour ne pas engager sa responsabilité intervenir quelquefois avant même l'expulsion du fœtus. Ces cas sont rares, exceptionnels, les causes d'hémorragie ne sont pas bien élucidées ; peut-être pourrait-on incriminer souvent une insertion vicieuse du placenta qui ne produit pourtant d'habitude des complications hémorragiques graves qu'à partir du sixième mois (1), « encore la 1^{re} hémorragie est-elle rarement assez abondante d'emblée pour être mortelle. » Pinard.

La conduite que nous préconisons en ce moment fut suivie dans le cas suivant par M. Funck Brentano, interne à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Observation 15

(Inédite)

Une malade 3^e pare réglée depuis l'âge de 15 ans et ayant comme antécédents

Une fausse couche de 7 mois..... fœtus macéré

Une — — 3 mois..... —

Sans qu'aucune trace de spécificité puisse être relevée,

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage, loc. cit., page 775.
« Dans la moitié des cas de placenta prævia l'hémorrhagie a lieu dans la 1^{re} moitié de la grossesse ». Stat. de M. Pinard à Baudelocque.

sans affection cardiaque ni pulmonaire entre le 23 septembre 1897 à l'hôpital parce que depuis trois jours, elle perd et qu'elle est très affaiblie.

Elle a eu ses dernières règles du 28 au 30 juin. son utérus remonte à trois travers de doigts au dessus du pubis, le col est effacé et dilaté comme 0 fr. 50 centimes on lui donne un lavement laudanisé et on la surveille.

A 2 heures de l'après midi, elle perd un peu, son pouls imperceptible, elle est très pâle.

M. Funck Brentano lui injecte sous la peau 500 grammes de sérum artificiel puis, comme l'hémorragie persiste, il se décide à rompre les membranes, le liquide qui sort est teinté, une injection antiseptique ayant été donnée immédiatement avant la rupture la teinte du liquide n'est pas due au sang elle est du reste brune et non pas rouge; immédiatement après la rupture il introduit dans le col un petit ballon de Champetier, l'hémorragie cesse.

Le 24 septembre, au matin, la malade n'a pas encore expulsé son ballon. M. Funck Brentano fait le curage de l'utérus suivi d'un curetage.

Le 26, au soir la malade a quelques frissons et 38°2 de température.

Le lendemain la température redescend à 37° et s'y maintient; pendant quelque temps le ventre est sensible puis ces douleurs cessent et la malade sort guérie.

Au contraire, malgré l'absence de température et d'odeur des lochies quand l'infection est probable bien que latente, par suite de manœuvres abortives

ou de touchers malpropres ou douteux, il faut user de toute son autorité pour imposer une intervention rapide. Dans la communication verbale qu'il a bien voulu nous faire, M. le Professeur Pinard nous a dit qu'il n'était pas d'avis d'attendre plus de deux jours, même en l'absence de tout accident probable.

Nos observations 10 et 11 montrent qu'en agissant rapidement, les suites sont aussi parfaites que possible ; nos observations 8 et 12 montrent qu'en attendant un peu on ne peut pas toujours empêcher quelques manifestations infectieuses après l'intervention et il suffit de se reporter aux observations 6 et surtout 7 pour voir qu'en intervenant dès les premiers signes d'infection les accidents peuvent se prolonger plus ou moins. Ces faits montrent que nous sommes incomplètement maîtres de l'infection dès qu'elle se manifeste : il suffit de se reporter aux différentes thèses (1) et travaux parus depuis ces dernières années sur le traitement des accidents consécutifs à la rétention pour trouver des observations où, malgré le curage bien fait, l'infection qui avait envahi l'organisme n'a pu être enrayée par le traitement local et où l'emploi des moyens dont nous disposons contre l'infection généralisée (sérum de Marmoreck, sérum artificiel, sulfate de quinine, alcool) n'a pu empêcher la mort des malades.

(1) Vibert, loc. cit. — Brion, loc. cit. — Lucas, loc. cit.

Et pourtant, même dans ces cas, l'opposition des malades et de leur entourage pourra obliger à retarder un peu l'intervention. On ne devra s'y résoudre que si elles peuvent être soumises à une surveillance continue et à des soins constants permettant une antiseptie rigoureuse et l'intervention devra être faite à la moindre menace d'accident.

Dans aucun cas on ne devra attendre trop longtemps, trois jours au plus car c'est généralement à cette date que l'on assiste aux premières manifestations infectieuses et aussi parce qu'au bout de trois jours on ne peut plus guère compter sur la délivrance spontanée ; parce que la moindre cause occasionnelle, le moindre relâchement dans la surveillance pourront permettre l'infection et que plus on temporisera, plus la malade sera exposée au développement de lésions utérines.

Ces lésions ne se produisent pas fatalement mais il n'est pas indifférent néanmoins, pour la femme d'y être exposée.

Aussi nous inspirant des idées de notre maître M. Champetier de Ribes et de la leçon récente de M. le Professeur Pinard dont nous avons parlé à la fin de notre aperçu historique, nous appuyant d'autre part sur les arguments et les faits que nous venons d'exposer, nous concluons :

Toutes les fois que le placenta est retenu après l'avortement, il faut l'extraire.

Il ne faut pas attendre plus de deux ou trois jours mais rien ne permet de fixer une limite précise à l'intervention.

Celle-ci devra être très précoce, immédiate même, si on a lieu de craindre l'infection.

L'infection n'est pas toujours enrayée quand on intervient dès le début des accidents : la septicémie est exceptionnelle mais toujours à redouter quand l'intervention a été retardée.

Les symptômes locaux (légère odeur) et plus encore l'état général de la malade (anxiété, légère élévation de température, faible accélération du pouls) doivent contre indiquer toute expectation.

L'hémorragie n'est pas un accident grave d'emblée on est toujours sûr de s'en rendre maître en vidant l'utérus.

La délivrance artificielle est une opération facile et sans danger.

C'est une garantie absolue pour le médecin et pour la malade qui ne doit être laissée sans surveillance qu'après avoir été mise à l'abri de tout accident.

En délivrant rapidement on permet à la malade de reprendre plus vite ses occupations ; on a la certitude que la délivrance est complète ; on empêche le développement des lésions utérines chroniques.

On ne doit temporiser que si la malade, occupant une situation qui permet un repos prolongé refuse l'intervention et si on peut la surveiller assez pour prévenir les accidents.

On ne doit jamais cesser de donner ses soins à une malade tant que son utérus n'est pas vide.



CHAPITRE IV

Comment doit-on intervenir ?

On doit intervenir de manière à être certain que l'on a complètement vidé l'utérus, aussi comprenons-nous difficilement qu'il y ait des partisans exclusifs du curage et des partisans exclusifs du curettage, car ces deux méthodes séparées sont insuffisantes, tandis qu'unies elles se complètent heureusement. L'extraction du placenta avec la curette est une opération longue, pénible, un peu aveugle, toujours incomplète ; nous l'avons vue tenter, l'opérateur ne put la terminer et dut pratiquer avec le doigt un décollement rendu plus difficile par le morcellement opéré par la curette qui servit ensuite à enlever des débris qui échappaient au doigt.

Avec celui-ci on se rend bien mieux compte des adhérences qui s'opposent à l'extraction et on peut les rompre plus aisément ; avec la curette on peut, en l'employant d'une manière méthodique, compléter la délivrance et enlever quelques débris placentaires et

surtout des lambeaux de caduque sur lesquels le doigt glisse sans pouvoir les décoller, aussi, nous le répétons, le curage, délivrance avec le doigt, et le curetage doivent être employés simultanément : c'est la pratique que nous avons toujours vu employer par notre maître M. Champetier de Ribes et c'est celle que nous préconisons ici.

En général, il est inutile pour intervenir de chloroformer les malades, celles-ci supportent l'intervention assez facilement sans être endormies.

Nous n'insistons pas sur les précautions antiseptiques ; il faudra savonner et raser la vulve, puis la laver avec une solution antiseptique, faire une irrigation vaginale antiseptique en dépliant avec le doigt la muqueuse de manière à pénétrer au fond de tous les replis, faire ensuite une injection intra-utérine.

L'antiseptique employé importe peu. Cependant notre maître emploie habituellement le lysol qui donne une solution d'aspect savonneux et rend les tissus onctueux en sorte que l'introduction de la main dans les parties génitales est plus facile.

Lorsqu'on a pu en prendre le temps, on a assuré la dilatation du col en y mettant quelques heures à l'avance, un ballon de Champetier, dans le cas contraire, on pratique une dilatation extemporanée avec des bougies de Hegar.

Souvent la dilatation insuffisante du col est le seul obstacle à la sortie du placenta qui tombe dans le

vagin spontanément ou sous l'influence d'une injection intra utérine.

M. le Professeur Pinard (1) dans sa leçon, cite un cas dans lequel on vit le placenta tomber dans le vagin en retirant le ballon, nous avons vu une malade expulser son placenta sous l'influence d'une injection intra-utérine.

Curage. — Le curage se fait en abaissant l'utérus et en le maintenant abaissé avec la main gauche placée sur l'abdomen comme pour le palper et le toucher combinés. Très souvent il suffit de maintenir l'utérus qui est abaissé naturellement dans les quelques heures qui suivent la fausse couche, remarque faite depuis longtemps par Guéniot (2).

On introduit alors la main si cela est nécessaire et si l'orifice le permet « il faut que l'on puisse entrer dans l'utérus deux doigts exceptionnellement un doigt a suffi. La main qui appuie sur la paroi abdominale présente successivement toutes les parties de l'utérus aux doigts qui travaillent à l'intérieur ; on augmente beaucoup la longueur utile de ceux-ci en introduisant quatre doigts dans le vagin ; on se trouve bien quelquefois de fixer le col avec une ou deux pinces. » (3)

(1) M. le Pr Pinard. — Communication verbale.

(2) Gueniot. — De la délivrance dans l'avortement. Bull. Thérap.

(3) M. Champetier de Ribes. — Addition au manuscrit de notre thèse.

On pratique le décollement complet du placenta en insinuant les doigts entre sa face utérine et la paroi de l'utérus et en procédant progressivement, on ne tente l'extraction qu'après avoir rompu toutes les adhérences. On donne une injection intra utérine pour entraîner les quelques débris ou caillots qui se trouvent dans la cavité puis on procède au curettage.

Curettage. — Nous n'entreprendrons pas même d'énumérer les différents modèles de curettes notre maître en emploie deux, fabriquées sur ses indications et qui sont très commodes pour le curettage obstétrical. Elles ne diffèrent que par leurs dimensions. Ce sont de longues cuillères dont les bords ne sont ni tranchants, ni complètement mousses, ils sont émoussés en sorte que l'on peut, sans crainte de perforation, racler avec une certaine énergie le tissu utérin malgré son état de ramollissement.

Le curettage est pratiqué méthodiquement les faces, les bords, le fond de l'utérus sont raclés successivement, puis on termine par un mouvement de « circumduction en spire de façon que le bord de la curette racle successivement toutes les parties de la cavité sans perdre contact avec la paroi. »

On entraîne alors les débris de la muqueuse et les caillots en donnant une injection intra-utérine, on sèche avec quelques tampons, puis on pratique l'écouvillonnage.

Ecouvillonnage. — On se sert pour écouvil-

lonner d'une mèche de gaze stérilisée, enroulée sur les branches d'une pince de Lister, cette mèche est trempée, une fois montée dans la teinture d'iode, on badigeonne avec soin toutes les parois de la cavité utérine, puis on donne une nouvelle injection pour entraîner l'excès de teinture d'iode.

Tamponnement. — Après avoir vidé l'utérus, on fait avec une longue mèche de gaze iodoformée un tamponnement utéro-vaginal ; le tamponnement du cul-de-sac postérieur est généralement douloureux, c'est avec le moment du râclage les deux seuls temps de l'opération pénibles pour la malade.

Une garniture est placée sur la vulve et maintenue par un bandage de corps qui assure l'immobilité de l'abdomen.

On renouvelle le lendemain l'écouvillonnage et le tamponnement ; parfois pendant deux ou trois jours si la malade a présenté des accidents, puis on se borne à donner des injections vaginales et la guérison survient rapidement.

Vu

Le Président de la Thèse

PINARD.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

Paris. — Imprimerie Henri JOUVE, 15, rue Racine.

